

Desafios para efetivação da política de atenção à saúde mental no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) de Patos/PB

Ana Paula Araújo Medeiros¹
Cibele de Albuquerque Tomé²

Resumo

O processo de reforma psiquiátrica no Brasil começa a se expandir a partir de 1978, contudo seu fortalecimento se instaura após a redemocratização do país com a promulgação da Constituição Federal brasileira em 1988. O presente estudo visa analisar se o trabalho desenvolvido pela equipe multidisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) Patos-PB está em conformidade com as normas legais/jurídicas que garantem aos usuários acometidos de transtorno mental um tratamento considerando o modelo psicossocial. Trata-se de um relato de experiência considerando o período de março de 2015 à agosto de 2018. O levantamento bibliográfico e o relato de experiência foram analisados mediante um referencial crítico através da técnica de análise de conteúdo. Percebemos que embora haja diversos entraves para a efetivação da política de atenção à saúde mental infanto-juvenil, constatamos que muito se avançou no que tange ao processo de desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos, fortalecendo a dinâmica do fazer profissional tendo como referência o modelo psicossocial, contudo em se tratando dos aspectos que cabem aos gestores municipais relacionados ao trabalho em saúde mental as mudanças são ínfimas, ocasionando implementação parcial do modelo psicossocial.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Multidisciplinar. Psicossocial.

Abstract

The process of psychiatric reform in Brazil began to expand from 1978, but its strengthening was established after the country's redemocratization with the promulgation of the Brazilian Federal Constitution in 1988. The present study aims to analyze if the work developed by the multidisciplinary team of the Center of Psychosocial Child and Adolescent Care (CAPSi) Patos-PB complies with the legal / juridical norms that guarantee to users affected by mental disorder a treatment considering the psychosocial model. This is an experience report considering the period from March 2015 to August 2018. The bibliographic survey and the experience report were analyzed through a critical reference through the technique of content analysis. We noticed that although there are several obstacles to the implementation of the policy of attention to mental health of children and youth, we find that much progress has been made in the process of deinstitutionalization of psychiatric hospitals, strengthening the dynamics of professional work, with reference to the psychosocial model, when dealing with the aspects that fit the municipal managers related to the work in mental health the changes are small, causing partial implementation of the psychosocial model.

Keywords: Psychiatric Reform. Multidisciplinary. Psychosocial.

¹ anapaulamedeiros@hotmail.com. Discente do curso de Especialização em Gestão Pública pelo Instituto Federal de Ciência e Tecnologia da Paraíba (IFPB).

² cibeleadm@hotmail.com. Professora orientadora do Instituto Federal de Ciência e Tecnologia da Paraíba (IFPB).

1 Introdução

O movimento de Reforma Psiquiátrica surge da necessidade de mudança na forma de cuidar das pessoas acometidas por transtorno mental, sendo um processo intenso que surge na década de 1970 do movimento de profissionais de saúde e diversos seguimentos da sociedade que não percebiam no tratamento asilar/hospitalar bons resultados, devido fortes violações dos direitos.

Diante de inúmeras denúncias de violação de direitos e da percepção de que o modelo biomédico, ou seja, centrado na figura do médico especialista em psiquiatria, não apresentava resposta de um prognóstico satisfatório ao usuário, surgiam as primeiras formas de se pensar a saúde mental fora do ambiente hospitalar, primando pela garantia do estabelecimento de vínculos do usuário junto à comunidade, fortalecendo a autonomia (BRASIL, 2005).

Os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92, sendo definidos como unidades de saúde locais, posteriormente os CAPS pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 passam a integrar a rede do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo considerados serviços substitutivos de saúde mental de caráter comunitário e aberto que prestam assistência aos usuários acometidos de transtorno mental e uso abusivo de substâncias psicoativas (BRASIL, 2004).

O CAPSi foi implantado no município de Patos-PB em 05 de outubro de 2007, para oferecer assistência aos usuários acometidos de transtorno mental severo e/ou persistente, entre a faixa etária de 0 a 18 anos incompletos, além da cidade de Patos, o município através de pactuação com 24 municípios das cidades circunvizinhas atende um número crescente de usuários.

O município de Patos está localizado na microrregião do Estado da Paraíba, na mesorregião do Sertão Paraibano, conta com uma população de 100.674 pessoas, de acordo com o censo demográfico realizado em 2010. A cidade é sede da Sexta Região Geoadministrativa (RGA) do Estado da Paraíba, sendo composta por 22 municípios e possui uma área territorial de 5.735,96 km², correspondendo a 10,16% da área total do

Estado. Conta com 16º maior Produto Interno Bruto (PIB) do Estado, estando em 1º lugar na microrregião. Tem seu ponto forte no comércio, serviços, construção civil, funcionalismo público, (IBGE, 2010).

O presente estudo pretende contribuir, através de relato de experiência, apontando as dificuldades encontradas pelo Assistente Social como integrante da equipe multidisciplinar do CAPSi e os caminhos encontrados/estratégias que tornam possível repensar a saúde mental de crianças e adolescentes.

O estudo se justifica devido apresentar relevante contribuição para estimular mudanças necessárias que irão contribuir para melhoria nos serviços prestados a sociedade, como também no campo científico apresentar contribuições concretas que irão ressignificando um novo olhar na saúde mental, rompendo com a lógica asilar/institucionalizada dos usuários acometidos de transtorno mental.

2 Referencial teórico

Nesta sessão, discorreremos sobre as primeiras formas de tratar a loucura e o processo que culminou no movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro. Apresentaremos a luz do referencial científico o arcabouço normativo que embasa o modelo psicossocial para tratar das pessoas acometidas de transtorno mental.

2.1 O processo de Reforma Psiquiátrica à luz da literatura científica

No Brasil, as primeiras formas de tratar a loucura ocorreram com a implantação do Hospital Psiquiátrico chamado Hospício Dom Pedro II em 1852 no Rio de Janeiro, cabe mencionar que a partir deste marco legal várias instituições dessa mesma natureza se multiplicaram e se destinavam a abrigar todos aqueles indivíduos que eram considerados fora do padrão da ordem social vigente (SOUZA, 2012).

No século XX, surgiram as Colônias de Alienados no Rio de Janeiro, sendo um espaço onde as pessoas acometidas por transtornos mentais eram submetidas a permanecer para eventual tratamento, que muitas vezes buscavam em trabalhos agrícolas impor um tratamento ao paciente, a partir dessas experiências foi se expandindo o modelo asilar de tratar a loucura, tornando-se hegemônico em

meados de 1950, que seguiu durante todo o período de ditadura militar, em que predominava a lógica privatista da saúde e prevalência no modelo biomédico.

De acordo com Foucault (apud SOUZA, 2012) as instituições psiquiátricas apresentavam papel disciplinador aos internos, atendiam mais a anseios políticos e ideológicos.

Segundo Arbex (2013) os “loucos” trancados no maior hospício do Brasil o Colônia na cidade de Barbacena em Minas Gerais em sua maioria não apresentavam diagnóstico de doença mental.

Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças (ARBEX, 2013, p.12).

Nesse espaço que deveria ser destinado ao tratamento de pessoas em sofrimento psíquico de forma humanizada, nada mais era do que um “depósito” de pessoas que de alguma forma incomodava a sociedade. Ao adentrar no Colônia homens, mulheres e crianças eram colocados em condições sub-humanas, passavam a se submeter a “tratamento” através de eletroconvulsoterapia, que consistia em realizar eletrochoque nos pacientes para fins “terapêuticos”, contudo o que acontecia naquele espaço era verdadeiras torturas, levando a óbito diversos internos. “(...) No Brasil, o método só passou a ter mais controle em 2002, quando o Conselho Federal de Medicina estabeleceu regras específicas para a adoção da técnica, como a necessidade de aplicar anestesia geral” (ARBEX, 2013, p.28).

De acordo com o estudo realizado por Arbex (2013) foi possível constatar que sessenta mil pessoas morreram no Colônia sustentado na teoria eugenista de limpeza social. Embora a barbárie que aconteceu naquele hospício tivesse sido levado ao

conhecimento da sociedade através de jornais, revistas, documentário, é só em meados de 1980 com o fortalecimento do movimento de reforma psiquiátrica que começa a mudança, nas duas décadas seguinte, porém de forma lenta.

Para Goffman (1999) o modelo do hospital psiquiátrico é compreendido como uma instituição total que exerce um controle sobre as ações dos indivíduos. Acrescenta que é através do disciplinamento que o indivíduo passa a ser obrigado a seguir, o abuso de autoridade é tido como normal, pois o objetivo de quem comanda o grupo não é a vontade individual de cada membro, e sim os objetivos institucionais.

Em diversos países a lógica de desinstitucionalização dos Hospitais Psiquiátricos tornou-se um movimento forte na luta pelos direitos dos acometidos por transtornos mentais.

Segundo Reinaldo (2008), em países como a Itália e Inglaterra devido ao amplo debate no campo político e social, houve por parte do governo uma defesa para o fechamento dos hospitais psiquiátricos.

Nos Estados Unidos, ocorreu a criação de centros comunitários; já na França, a psiquiatria primou por ações locais em saúde mental. Embora estivessem ocorrendo um novo olhar para saúde mental, os reflexos da Segunda Guerra Mundial, com diversos ex-combatentes em sofrimento psíquico, traziam dados alarmantes acerca das péssimas condições em que estavam submetidos mais de meio milhão de americanos em hospitais psiquiátricos, com péssimas condições de assistência, contribuindo para intensas críticas.

Enquanto a nível mundial a desinstitucionalização começava a ser pensada, no Brasil se expandiam os Hospitais Psiquiátricos na década de 1960. No período que compreende a segunda metade do regime militar no Brasil (1974-1985) a crise econômica, social e sanitária que assolava o país mostrava o quão era necessário mudanças nessas áreas.

Em se tratando da saúde, o modelo baseado no seguro social, ou seja, em que somente era beneficiário da assistência médica aquele cidadão inserido formalmente no mercado de trabalho, fundamentado em ações curativas, individuais e voltado para assistência hospitalocêntrica, sofriam duras críticas e questionamentos sobre a resolutividade da maneira como era conduzida a saúde pública.

Em meados de 1978 começa a se expandir um debate intenso acerca da forma de tratamento prestada aos “doentes mentais”, o processo de reforma psiquiátrica ocorreu após um amplo debate da sociedade que buscavam mudanças na forma de prestar assistência ao usuário acometido por transtorno mental, através de denúncias de maus tratos, violação de direitos ocorridas nos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

A lógica do tratamento centrado no indivíduo e na figura do profissional médico em regime asilar não atendia a efetiva melhora do paciente. Nesse mesmo cenário, e concomitantemente o Movimento de Reforma Sanitária fortalecia a luta dos trabalhadores da saúde, dos movimentos sociais, e da sociedade visando um novo conceito em saúde, com mudanças na legislação, com propostas de espaços deliberativos com maior participação social, igualdade de acesso a saúde, que nesse período seguia a intensa lógica privatizante da saúde.

Portanto, ambos os movimentos contaram com a participação de profissionais da saúde, com destaque para o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), criado em 1978, sociedade civil, sindicatos e demais cidadãos que percebiam a necessidade de mudança e melhora na saúde ofertada em nosso país.

Temos como marco histórico no processo de Reforma Psiquiátrica a I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987, sendo enfatizado a necessidade de se pensar no tratamento fora dos hospitais psiquiátricos, fortalecendo a ideia de extinção dos manicômios.

Dois pontos são de suma importância para compreender o processo da Reforma Psiquiátrica, ainda em curso no Brasil: a centralidade nas estratégias de desconstrução da ideia do sujeito louco como perigoso para o convívio social, ou seja, um novo lugar para a loucura; e o fortalecimento dos serviços substitutivos que segundo Amarante (2009), são aqueles que além de oferecer uma assistência integral e tratamento diferenciado a população que necessita de atendimento em saúde mental, é capaz de substituir em sua totalidade a lógica manicomial,

onde o manicômio e o saber da psiquiatria clássica são considerados como as únicas estratégias de tratamento e intervenção na vida desses sujeitos. (MELO, 2012, p. 86).

Diante do cenário de redemocratização do Brasil, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser garantida como direito constitucional, como política pública da Seguridade Social, juntamente com a política de assistência e previdência social, sendo esse um marco decisivo de suma importância para se pensar um novo conceito em saúde. O Sistema Único de Saúde foi instituído pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, passando a saúde a ser direito de todos e dever do Estado.

A democratização da saúde, na realidade, exigiria algo mais que a formulação de uma Política Nacional de Saúde ou a construção de um novo Sistema Nacional de Saúde. Significava a revisão crítica de concepções, paradigmas e técnicas, mas também mudanças no relacionamento do Estado e de seus aparelhos com a sociedade e dos funcionários com os cidadãos (...). (PAIM, 2008, p.156)

O arcabouço normativo que foi construído ao longo do movimento de reforma psiquiátrica atribui-se grande destaque à Lei 10.216/2001, sendo um embasamento legal para se tratar os “doentes mentais”, também conhecida como Lei Paulo Delgado datada da década de 1980, ainda como Projeto de Lei nº 3.657/1989, que ficou conhecida também como a Lei de Reforma Psiquiátrica. Essa normativa passou a garantir a pessoa acometida por transtorno mental o direito de cidadão, ou seja, direito de decidir sobre sua própria vida, sobre onde ir, como ir, com quem ir, direito de estar nos espaços comuns e não mais isolados e excluídos (FIOCRUZ, 2015).

Houve a abertura de um número significativo de serviços substitutivos de base comunitária, redução no número de leitos psiquiátricos, com isso os recursos financeiros destinados a saúde mental passaram a ser direcionada aos CAPS em detrimento dos hospitais psiquiátricos. (GAMA, 2012).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída em 2011 através da portaria nº 3.088 MS/GM com objetivo de ampliar e articular os pontos de cuidado aos acometidos por transtorno mental e o adoecimento psíquico por decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas.

A RAPS encontra-se organizada nos seguintes componentes:

QUADRO 01- Rede de Atenção Psicossocial

Atenção Básica em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade básica de saúde; • Núcleo de apoio à saúde da família; • Consultório na rua; • Centros de convivência e cultura.
Atenção Psicossocial Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de atenção psicossocial (nas suas diferentes modalidades).
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> • Samu 192; • Sala de estabilização; • UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, unidades básicas de saúde.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de acolhimento; • Serviço de atenção em regime residencial.
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermaria especializada em hospital geral; • Leitos de SM no hospital geral.
Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços residenciais terapêuticos; • Programa “De Volta para Casa”.
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas de geração de trabalho e renda; • Empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

Fonte: Brasil (2014, p. 30).

Com objetivo de desinstitucionalizar a pessoa com transtorno mental, a política de saúde mental criou serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) constituindo das seguintes modalidades:

- CAPS I: atende à demanda em saúde mental com população entre 20.000 e 50.000 habitantes, tendo como público pessoas adultas acometidas por transtorno mental severo e persistente e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.
- CAPS II: são serviços de médio porte que dão cobertura a municípios com mais de 50.000 habitantes, atende adultos com transtorno mental severos e persistentes.
- CAPS III: são os serviços de maior porte da rede CAPS de acordo com a Portaria nº 130, de 26 de janeiro de

2012. Previstos para dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes, funcionam durante 24 horas em todos os dias da semana e em feriados. Com no máximo cinco leitos, realiza, quando necessário, acolhimento noturno (internações curtas, de algumas horas a no máximo 7 dias).

- CAPSi: especializado no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, são equipamentos geralmente necessários para dar resposta à demanda em saúde mental em municípios com mais de 200.000 habitantes.
- Os CAPS AD especializado no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, são equipamentos previstos para cidades com mais de 200.000 habitantes.

Além dos CAPS, como lugares comunitários e abertos para tratar os acometidos por transtorno mental, foi criada dentro da rede de atenção a saúde mental as residências terapêuticas, que são moradias construídas para abrigar pessoas acometidas por transtorno mental egressas de hospitais psiquiátricos ou não, regulamentado pela portaria 106/00, temos ainda a Lei 10.708/2003 que se refere ao Programa de Volta Pra Casa que consiste na reinserção da pessoa com histórico de longa permanência em hospital psiquiátrico.

Ainda nesse contexto, contamos com outro grande avanço na luta pela saúde das pessoas que fazem o uso de substâncias psíquico ativa, através da Política Nacional de Álcool e Drogas de 2008. (BRASIL, 2005).

Percebemos que há critérios para implantação dos equipamentos referenciados acima, contudo será o gestor local, tomando como embasamento os princípios e diretrizes do SUS, como também a demanda que se apresenta em seu município, visando o melhor atendimento em saúde mental.

A proposta de mudança segue a ruptura do tratamento asilar, que demonstrou graves violações, para uma rede de serviços comunitários, centrado na autonomia do usuário. No cenário nacional, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) emergem como protagonistas do novo modelo, sustentando um

conjunto de ações que visam promover novas formas de laço de seus usuários com a cidade, em diálogo permanente com sua comunidade e território de referência.

No Brasil, foi inaugurado em 1986 o primeiro Centro de Atenção Psicossocial na cidade de São Paulo. Desse período em diante, foram criados diversos dispositivos institucionais dessa natureza, diminuindo as internações psiquiátricas e adotando o novo modelo psicossocial.

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Atenção Psicossocial é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. (BRASIL, 2004, p.13).

Portanto, o objetivo precípua do CAPS é atender os usuários de sua área de abrangência, através do conjunto de ações multidisciplinares que visa a inserção social nos diversos espaços, garantir convivência familiar e comunitária, estimular suas habilidades através de oficinas terapêuticas e trabalho social em grupo. Portanto, apresentaremos a seguir as normativas legais (leis, portarias, decretos) que direcionam como deve ser o trabalho nos Centro de Atenção Psicossocial:

Todo o trabalho desenvolvido no CAPS deverá ser realizado em um “meio terapêutico”, isto é, tanto as sessões individuais ou grupais como a convivência no serviço têm finalidade terapêutica. Isso é obtido através da construção permanente de um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, abrangendo várias modalidades de tratamento. Como dissemos anteriormente, ao iniciar o acompanhamento no CAPS se traça um projeto terapêutico com o usuário e, em geral, o profissional que o acolheu no serviço passará a ser uma referência para ele. Esse profissional poderá seguir sendo o que chamamos de Terapeuta de Referência (TR), mas

não necessariamente, pois é preciso levar em conta que o vínculo que o usuário estabelece com o terapeuta é fundamental em seu processo de tratamento. (BRASIL, 2004, p.16).

As oficinas terapêuticas desenvolvidas no CAPS objetivam interação social, desenvolver habilidades cognitivas, motoras, sensoriais. Através do Projeto Terapêutico do usuário é definido a necessidade de frequência desse paciente ao Serviço, sendo analisado em três modalidades: Atendimento Intensivo, que trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, podendo se estender a atendimentos domiciliares, caso se façam necessário; Atendimento Semi-Intensivo, sendo essa modalidade oferecida quando o sofrimento psíquico diminuiu, no entanto necessita do auxílio da equipe para recuperar sua autonomia; Atendimento Não-Intensivo, oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. O acompanhamento ao usuário acometido por transtorno mental segue formas diversificadas de atendimento:

Atendimento individual: prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação; Atendimento em grupo: oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal; Atendimento para a família: atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares; Atividades comunitárias: atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade, que têm como objetivo as trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral. Essas atividades podem ser: festas comunitárias, caminhadas com grupos da

comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários; Assembleias ou Reuniões de Organização do Serviço: a Assembleia é um instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência. É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. Discutem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido. (BRASIL, 2004, p.17).

Em se tratando do caso específico do CAPSi-Patos-PB, consideramos que o acompanhamento realizado junto ao usuário ocorre de maneira descontínua, sendo que em muitos momentos se faz necessário escolher realizar um ou outro atendimento, pois devido o pequeno número de recursos humanos, de materiais, dentre outros insumos e profissionais, acabamos dando prioridade ao que é mais urgente naquele momento, e deixando para outra oportunidade a realização de atividades como: matriciamento, atividades de lazer com familiares e usuários, trabalho com outras instâncias que fazem parte da rede socioassistencial, de saúde, jurídica e demais equipamentos que são fundamentais ao trabalho em rede.

O processo de substituição do modelo asilar tem se mostrado eficiente se colocarmos em destaque os avanços alcançados, como também um processo de grandes desafios em saúde mental. Com objetivo de evitar retrocessos, após tantos avanços, se faz necessário a expansão de pesquisas científicas nesse campo, efetivo processo avaliativo nos serviços substitutivos, capacitação profissional em parceria com universidades, tendo em vista uma maior qualificação a esse seguimento.

O processo de gestão também se coloca como um grande desafio devido ao número crescente de demanda, o acesso aos serviços de saúde mental também tem sido afetado, a precarização nas condições de trabalho, seja no tocante ao vínculo empregatício e ainda na estrutura física que são desempenhadas suas funções.

2 Metodologia

Segundo Fonseca (2009) metodologia é o caminho percorrido, uma investigação para realizar uma pesquisa ou estudo. Quanto a sua natureza, o presente estudo pode ser classificado como uma pesquisa aplicada, pois busca produzir conhecimento para resolução de problemas locais.

Em se tratando da abordagem, podemos considerar o estudo na modalidade qualitativa. De acordo com Pradonov e Freitas (2013) na pesquisa qualitativa há uma ligação entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser expresso em números.

No que concerne aos procedimentos técnicos, podemos classificar o presente artigo como um relato de experiência, estudo descritivo e bibliográfico. No que tange o estudo descritivo, classificamos como uma descrição de determinados fenômenos ou populações, tendo como cerne a resolução dos problemas, levando em conta que as práticas podem ser melhoradas através da descrição e análise direta e objetiva. Já o estudo bibliográfico considera um levantamento bibliográfico a partir da consulta de obras confiáveis, sobre o tema abordado (GIL, 2012).

A instituição estudada foi o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil- CAPSi, esse Serviço aberto de saúde mental foi implantado no município de Patos-PB em 05 de outubro de 2007, a instituição oferece assistência aos usuários acometidos por transtorno mental severo e/ou persistente, entre a faixa etária de 0 a 18 anos incompletos, além da cidade de Patos, o Serviço através de pactuação com 24 municípios das cidades circunvizinhas atende um número crescente de usuários, através de demanda espontânea ou encaminhado por outras instituições.

Esse artigo analisa o período entre março de 2015 a agosto de 2018, sendo compreendido o tempo em que atuo como Assistente Social na referida instituição. O presente estudo objetiva relatar as dificuldades e as estratégias utilizadas pela equipe multidisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) para estar em conformidade com as normas legais que garantem aos usuários acometidos de transtorno mental um tratamento considerando o modelo

comunitário e aberto, que preza pelo respeito ao ser humano, a promoção da saúde, a autonomia, ou seja, rompendo com o modelo asilar.

O CAPSi conta com equipe composta por 25 pessoas, dividido entre os diversos segmentos (profissionais de nível fundamental, médio e superior). A instituição funciona em uma casa alugada, conta com salas de atendimento, brinquedoteca, área de uso comum, piscina, refeitório, cozinha, banheiros. O horário de atendimento da instituição é de 07:30 às 11:30 e 13:30 às 17:00 horas, de segunda a sexta-feira. O Serviço dispõe de um veículo que faz o traslado das crianças e adolescentes ao CAPSi que residem na cidade de Patos-PB.

A luz do referencial teórico, normativas, leis que embasam a política de saúde mental brasileira, como também pela experiência profissional vivenciada como integrante da equipe multidisciplinar do CAPSi, esse estudo pretende trazer contribuições para uma análise crítica do processo de reforma psiquiátrica e do novo modelo de atenção psicossocial.

Diante dos pontos elencados neste estudo e contrastando com as normativas que embasam a política de saúde mental, vemos que a política pública de saúde mental praticada no CAPSi tem sido implementada parcialmente, ou seja, atendemos buscando romper com o modelo asilar, contudo ainda encontramos barreiras na gestão, que acabam mitigando as possibilidades de alcançarmos maior eficiência no serviço prestado as crianças e adolescentes que necessitam da assistência ofertada no CAPSi.

4 Análise de resultados

Trataremos no item que segue sobre a instituição analisada, relacionando as normativas legais sobre saúde mental e fazendo um contraponto sobre os entraves e avanços alcançados na perspectiva do modelo psicossocial de tratar o usuário acometido de transtorno mental.

4.1 O Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) Patos-PB

O Serviço Social surge no Brasil como profissão na década de 1930 durante o

processo de expansão urbano-industrial, onde ocorria um forte conflito na relação capital/trabalho, sendo o assistente social chamado a mediar tais conflitos, reforçando a manutenção da ordem vigente. Portanto, seu arcabouço teórico era estritamente conservador, sendo marcado em meados de 1940 pelo tecnicismo no desempenho de suas funções (MEDEIROS, 2014).

A partir de 1980, após longo debate dentro da própria categoria profissional, o processo político fez com que a maturidade profissional ganhasse destaque se abrindo para o pluralismo de ideias e rompendo com o ranço conservador que atravessou a profissão.

Na década de 1990, há a consolidação do Projeto Ético-político do Serviço Social tendo como cerne uma nova ordem societária e primando pelo compromisso com a classe trabalhadora. A normatização específica da profissão que embasaram todas essas mudanças se concretizam com a Lei 8.662/1993, Lei de Regulamentação da Profissão, o Código de Ética de 1993 e as Diretrizes Curriculares para o curso de Serviço Social da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) de 1996.

Segundo Bisneto (apud PAES, 2017) é a partir de 1960 que os assistentes sociais são chamados a trabalhar junto a saúde mental, exercendo muito mais a função assistencialista. A inserção deste profissional para compor as equipes em instituições psiquiátricas no período que compreende a década de 1970 era para atuar em fatores relacionados a pobreza.

O atendimento no CAPSi ocorre por demanda espontânea ou através de encaminhamento de outras instituições, contudo ao chegar procurando atendimento na instituição a figura do médico especialista em psiquiatria é referência para quem busca, ou seja, há um entendimento por parte de quem busca o Serviço de que o médico, a consulta, o atendimento psiquiátrico que resolverá a patologia daquele usuário, fato que tem sido bastante contestado pela equipe multidisciplinar, pois acaba reforçando o modelo biomédico, ou seja, centrado na figura do médico especialista.

Tomando como análise o período entre 2015 e 2016 enquanto Assistente Social da equipe multidisciplinar do CAPSi foi possível constatar a centralidade tanto dos pacientes quanto da coordenação do Serviço na figura do

médico, traziam muitos questionamentos e entraves para se pensar a autonomia do usuário, a exemplo de: trabalho multidisciplinar fortalecido, momento com as famílias mostrando que o usuário CAPSi pode e deve ocupar outros espaços que são de direito, que o tratamento medicamentoso é importante, porém não é o único que pode ser utilizado.

Diante dos fatos supracitados percebemos que a agenda médica era sempre muito cheia, e após o usuário se inserir no Serviço com determinada hipótese diagnóstica, a família passava a ter dificuldade em desconsiderar aquele diagnóstico inicial, mesmo após a equipe multidisciplinar ter feito todo um acompanhamento e constatado em muitos casos hipóteses divergentes da inicial dada pelo médico. Percebemos que embora os serviços substitutivos sejam orientados a migrar do atendimento centrado no médico, mas sim em uma equipe multidisciplinar analisando através de vários saberes o melhor tratamento para o usuário, ainda é forte a cultura em torno do saber médico.

Considerando a dinâmica de trabalho entre 2017 e 2018 ocorreram mudanças no tocante a forma de inserção, ou seja, a triagem passou a ser realizada por profissionais de nível superior que compõe a equipe multidisciplinar, momento em que é feito o acolhimento, a escuta qualificada e após esse processo sendo constatado que o usuário se caracteriza dentro do protocolo de atendimento do CAPSi (casos de transtornos mentais graves e persistentes) é agendado uma consulta com o psiquiatra que fará a avaliação e diagnóstico, e juntamente com a equipe, analisa se há a necessidade de inserção intensiva, semi-intensiva, não-intensiva ou mesmo encaminhado a outra instituição dentro da rede que possa oferecer a assistência necessária.

A forma de gestão adotada nesses últimos anos tem fortalecido a proposta de trabalho considerando que a equipe multidisciplinar atua tendo como base o arcabouço normativo que embasa a política pública de saúde mental.

Cabe mencionar os principais entraves ou desafios que se fazem presentes para construção de uma atenção psicossocial a crianças e adolescentes:

- Recursos humanos ínfimos diante da demanda crescente, além de atender a

cidade de Patos, o CAPSi atende 24 cidades circunvizinhas, com isso a equipe mínima fica sobrecarregada, contando com um número pequeno de profissionais efetivos, de 25 profissionais apenas 08 são efetivos. Devido a falta de concurso público, as vagas são ocupadas por cargos por excepcional interesse público, o que dificulta contratar a quantidade que realmente se faz necessário, pois há sempre recomendação do Tribunal de Contas do Estado que seja realizado concurso público em detrimento de contratações;

- Os materiais para desempenho das oficinas terapêuticas são escassos;
- A rotatividade de pessoas trabalhando no Serviço têm sido um dificultador, pois o trabalho com crianças e adolescentes acometidas por transtorno mental requer o estabelecimento de vínculos, assim como com outros seguimentos de usuários, contudo devido a patologia, o vínculo é mais difícil de ser estabelecido, fator que com a rotatividade de profissionais tem causado dificuldade no desenvolvimento das habilidades dos usuários. A rotatividade acontece devido a falta de ocupação de cargos de provimento efetivo, sendo priorizado no momento pela gestão municipal processo seletivo, terceirizados e contrato por excepcional interesse;
- A crescente demanda de usuários ocasionando a feitura de uma lista de espera;
- A falta de articulação com a rede de serviços setoriais, a exemplo do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), dentre outros serviços socioassistenciais que possam apoiar as ações desempenhadas no CAPSi junto aos usuários;
- Desconhecimento por parte de outros profissionais que atuam em diversos espaços sócio ocupacionais no município de Patos-PB sobre que perfil de usuário são atendidos no CAPSi;

- E a não construção do Projeto Terapêutico de cada usuário por parte da equipe multidisciplinar, devido a crescente demanda e recurso humanos ínfimos.

A equipe tem buscado realizar o trabalho visando estrategicamente a multidisciplinaridade “(...) a multidisciplinaridade é caracterizada pela justaposição de várias disciplinas em torno de um mesmo tema ou problema, sem o estabelecimento de relações entre os profissionais representantes de cada área no plano técnico ou científico.” (ROQUETE et al 2012, p. 464), a sobreposição de saberes para contribuir no tratamento/acompanhamento dos usuários.

O processo de saúde/doença de acordo com Política Nacional de Promoção de Saúde, pelo Ministério da Saúde (2006) é resultado da forma como as pessoas levam suas vidas, considerando seu processo histórico. Portanto, o trabalho terapêutico tem como objetivo fortalecer os sujeitos para se tornarem protagonistas de suas próprias vidas. Sendo que os fatores que contribuem para o adoecimento psíquico fazem parte dos fatores sociais, econômicos, culturais, sem que sejam apenas causas físicas. (BRASIL, 2006).

Através da Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 fica instituída a equipe de recursos humanos destinada ao serviço especializado CAPSi:

a - 01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; b - 01 (um) enfermeiro. c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; d - 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. (BRASIL, 2002, p.8).

A Portaria supracitada estabelece a equipe mínima para o CAPSi, contudo diante da demanda a quantidade de profissionais citados se torna pouco para atender com eficiência,

eficácia e efetividade os usuários acometidos de transtorno mental.

No campo específico de garantias de direitos para crianças e adolescentes foi promulgado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990, propiciando o distanciamento de práticas de exclusão que remonta ao código de menores (1979), em que a criança em desajuste social era vista como delinquente.

Em se tratando do olhar para o cuidado mental do segmento populacional supracitado devemos seguir as diretrizes operacionais na prestação do serviço (BRASIL, 2005):

- Acatar o pedido de atendimento como legítimo, ofertando o devido acolhimento;
- Se responsabilizar pelo encaminhamento do usuário a outros serviços, caso se faça necessário;
- Conduzir na ação do cuidado a compreensão que a criança ou adolescente é sujeito de direito;
- Compartilhar responsabilidades com a família, como parte do processo do acompanhamento/tratamento da criança ou adolescente;
- Fundamentação teórica ao trabalho e engajamento da equipe na ação do cuidado;
- Trabalhar em rede visando garantir a maior resolutividade das ações do cuidado.

As estratégias implementadas para buscar resolutividade têm sido o esforço e o contínuo comprometimento da equipe em prestar um serviço de qualidade, seguindo as normativas pertinentes a serem aplicadas. Salientamos que apenas compromisso profissional não é o bastante para alcançar resultados satisfatórios nos serviços ofertados, e muitas vezes há um retrocesso ao transformar o CAPSi no ambulatório de saúde mental, proposta essa não condizente com o modelo comunitário e aberto de se prestar os cuidados em saúde mental. Contudo, cabe mencionar que dos itens elencados acima sobre desafios, praticamente todos necessitam ter o olhar do gestor que se comprometa e se sensibilize com as reais necessidades da saúde mental.

Constatamos que é necessário primar pelo trabalho em rede, ou seja, articulando outros serviços como educação, assistência social, Ministério Público, sociedade civil visando obter maior efetividade no atendimento ao usuário acometido de transtorno mental.

A pessoa acometida por transtorno mental não deve ter como referência somente os Centros de Atenção Psicossocial, pois como o processo saúde/doença não se caracteriza somente por causas físicas ou biológicas, mas por conjunto de vivências sociais, culturais, etc, esse usuário necessitará ser assistido por diversas instituições, enquanto cidadão sujeito de direito.

A conjuntura política e econômica do país e também do município de Patos-PB inspira muitas preocupações, a nível municipal a crise política que os patoenses vivem, com dois gestores do executivo afastados em menos de dois anos dos seus cargos por ordem judicial, traz à tona o desgaste e fragilidade das instituições, pois com tantas idas e vindas (entra gestor e sai gestor) há inúmeros entraves na burocracia que acabam refletindo no transcorrer dos serviços.

A administração pública necessita seguir diversos trâmites legais e todo esse processo leva tempo, necessita de uma organização para comprar, empenhar, licitar qualquer coisa, para que tudo saia em tempo hábil de ofertar nas diversas repartições públicas os insumos necessários.

Contudo, cabe mencionar que muito se tem avançado na prestação de serviço especializado aos usuários acometidos de transtorno mental no CAPSi, utilizando ferramentas de gestão orientadas pelas próprias normativas legais, articulando a rede de serviços, porém nem sempre encontramos vagas para inserção dos usuários em outros serviços.

5 Considerações Finais

O arcabouço normativo sobre saúde mental no Brasil começa a ganhar maior destaque após a promulgação da Constituição Federal de 1988, e passa a se consolidar com demais leis e portarias, cabe destacar que o movimento de reforma psiquiátrica está em processo, contudo, diversos fatores contribuem para que aconteça avanços e retrocessos, podemos citar como forma de retrocesso: o

enfraquecimento dos movimentos sociais, o desmonte de direitos da classe trabalhadora, instabilidade política, econômica, social e moral que vivenciamos em nosso país, são só alguns dos fatores que acabam ocasionando rebatimentos concretos em todas as políticas públicas.

Em se tratando do *lócus* do nosso estudo, o CAPSi, percebemos que há muitos entraves para consolidação de uma política de saúde mental, considerando o modelo comunitário e aberto. Dentre os desafios podemos citar: recursos humanos ínfimos diante da demanda crescente; a rotatividade dos servidores devido à falta de ocupação de cargos de provimento efetivo, sendo priorizado no momento pela gestão municipal processo seletivo, terceirizados e contrato por excepcional interesse; escassez dos materiais para desenvolver as oficinas terapêuticas; fragilidade na rede de serviços públicos do município; a não construção do projeto terapêutico singular dos usuários por parte da equipe multidisciplinar.

Diante dos pontos elencados neste estudo e contrastando com as normativas que embasam a política de saúde mental, vemos que a política pública de saúde mental praticada no CAPSi tem sido implementada parcialmente, ou seja, atendemos buscando romper com o modelo asilar, contudo ainda encontramos barreiras na gestão, que acabam mitigando as possibilidades de alcançarmos maior eficiência no serviço prestado as crianças e adolescentes que necessitam da assistência ofertada no CAPSi.

Acreditamos que os recursos financeiros destinados a atenção especializada em saúde mental ainda sejam insuficientes para atingirmos os resultados esperados, pois há necessidade de ampliação da rede de serviços, qualificação profissional contínua, ampliação de espaços para articulação com família e comunidade desses usuários. Contudo, acreditamos que a gestão profissional poderá contribuir propondo a gestão municipal melhorias no Serviço através de parcerias com universidades visando a qualificação profissional continuada, abertura de campos de estágios com objetivo de fortalecer o estudo entre teoria e prática. Além de junto a Câmara de vereadores propor projetos de Lei que venham a fortalecer os equipamentos de saúde mental no município.

O fortalecimento do trabalho através de orientação as famílias, que na maioria das vezes desejam que seus filhos permaneçam no Serviço por longos anos, adotando a lógica de institucionalizar o indivíduo, neste sentido a equipe trabalha na lógica de capacitar essas famílias para que tenham a compreensão dos direitos e deveres, impedindo que se perpetuem a exclusão desses usuários.

Acreditamos que a busca pela implementação do modelo psicossocial é constante, ora temos períodos mais propícios, ora menos, contudo buscar o aprimoramento da gestão dos Serviços na atual conjuntura torna-se uma tarefa necessária, para que possamos continuar primando pelos direitos de pessoas que foram ao longo do processo histórico desprovidas até mesmo de direitos básicos.

A lógica de CAPS regionalizado, como na experiência do CAPSi de Patos-PB, mostra que há a necessidade de se rever as pactuações realizadas, e passar os municípios circunvizinhos a se co-responsabilizar pelos seus municípios, no que tange os usuários acometidos de transtorno mental, pois temos assumido responsabilidades quanto ao atendimento de usuários que tem em sua cidade o equipamento CAPS, no entanto, acabam delegando essa responsabilidade ao CAPSi de Patos-PB, fato que tem ocasionado demanda acima do esperado para o número pequeno de profissionais que atuam no Serviço.

Nesse estudo tangenciamos os principais entraves e possibilidades de trabalho no CAPSi, porém não temos a pretensão de esgotar a discussão, pois acreditamos que são importantes propostas como rever o processo de trabalho pela equipe multidisciplinar, buscar um diálogo ativo com a gestão municipal colocando os pontos destacados como entraves, são sugestões para se colocar em pauta de discussão com os usuários e familiares para que se possa continuar avançando na luta pelos direitos das pessoas acometidas por transtorno mental.

REFERÊNCIAS

ABEPSS. **Diretrizes gerais para o curso de serviço social**. Rio de Janeiro, 1996.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

Disponível em:

http://docs.wixstic.com/ugd/7ba6db_e907c4f0b7334507bd4c5672c9b0a9b9.pdf. Acesso em: 10/07/2018.

BRASIL. **Código de ética do assistente social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 3 ed. Brasília: CFESS, 1997.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.> Acesso em: 20/09/2018.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília: Imprensa Nacional, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm.> Acesso em: 22/09/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://docs.wixstatic.com/ugd/7ba6db_10fc4b9ad139410ab011bdcc4e629681.pdf. Acesso em: 17/08/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Anais**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 31/08/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/Caminhos-para-uma-Politica-de-Sa--de-Mental-Infanto-Juvenil--2005-.pdf>. Acesso em: 20/08/2018.

BRASIL. **Portaria GM/MS n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/>

[2002/prt0336_19_02_2002.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L2002/prt0336_19_02_2002.html).> Acesso em: 20/08/2018.

BRASIL. Portaria/SNAS nº 224 - De 29 de janeiro de 1992. Disponível em: <http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria224.pdf>.> Acesso em: 30/09/2018.

BRASIL. Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.> Acesso em: 10/09/2018.

BRASIL. Portaria de 26 de janeiro de 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html. Acesso em: 30/09/2018.

BRASIL. Projeto de Lei nº 3.657 de 1989. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=23497>.> Acesso em: 30/09/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 20/09/2018.

BRASIL. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtorno mentais egressos de internações. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm.> Acesso em: 17/09/2018.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde

mental. Brasília, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L2001/L10216.htm.> Acesso em: 30/07/2018.

BRASIL. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990: Brasília. Diário Oficial da União, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm.> Acesso em: 13/09/2018.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Ministério da Saúde: Brasília, 1990 a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.> Acesso em: 17/08/2018.

BRASIL. Lei no 6.697, de 10 de outubro de 1979. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L6697.htm. Acesso em: 30/09/2018.

BRASIL. Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008. p.106. Disponível em: <http://www.justica.sp.gov.br/StaticFiles/SJDC/ArquivosComuns/Conselhos/Políticas%20Sobre%20Drogas/Legislacao/Politica%20nacional.pdf>. Acesso em: 21/09/2018.

BRASIL. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos. Conselho Nacional do Ministério Público. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, p. 60. Disponível em: http://docs.wixstatic.com/ugd/7ba6db_8131b5023de341759d3f377d10664917.pdf. Acesso em: 14/08/2018.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/patos/panorama>. Acesso em 15/09/2018.

FIOCRUZ. Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil. Anais. Seminário Internacional de Saúde Mental: Documento Técnico Final. Organização Mundial de Saúde. Ministério da Saúde, 2015, 90 p. Disponível em: http://docs.wixstatic.com/ugd/7ba6db_b0179dd17a714a6ea4e0139a5f3400f1.pdf. Acesso em 01/08/2018.

FONSECA, Regina Célia Veiga da. **Metodologia do trabalho científico** (recurso eletrônico). Curitiba: IESDE Brasil S.A, 2009. Acesso em 28 de julho de 2018. Disponível em: < <https://books.google.com.br/books?i=metodologia+da+pesquisa+cientifica> >.

GAMA, Jairo Roberto de Almeida. A reforma psiquiátrica e seus críticos: considerações sobre a noção de doença mental e seus efeitos assistenciais. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n4/a08v22n4.pdf>. Acesso em: 15/09/2018.

GIL, Antônio Carlos. **Gestão de Pessoas: enfoque nos papéis profissionais**. 1 ed. São Paulo: Atlas, 2012.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 6. ed. São Paulo: Perspectivas, 1999. Disponível em: <https://app.uff.br/slab/uploads/Manicomios-prisoas-e-conventos.pdf>. Acesso em: 15/09/2018.

MEDEIROS, Ana Paula Araújo. A instrumentalidade do serviço Social e o rebatimento na prática profissional. **Monografia** (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal da Paraíba - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. João Pessoa, 2014, p.89.

MELO, Anastácia Mariana da Costa. Apontamentos sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Florianópolis, v. 8, n. 9, p. 84-95, 2012. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/2127/2920>. Acesso em: 16/08/2018.

PAES, Juliana Santos. Serviço social e saúde mental: desafios e possibilidades para o Assistente Social na política de Saúde Mental. **Anais**. VIII Jornada Políticas Públicas. Maranhão: UFM, 2017. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo14/servicosocialesaudementaldesafiosespossibilidadesparaooassistentesocialnapoliticaudesau.pdf>. Acesso em: 21/09/2018.

PAIM, JS. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: http://docs.wixstatic.com/ugd/7ba6db_42abfb1c871d4ae992b3126e60499d09.pdf. Acesso em 03/08/2018.

PRADONOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do Trabalho científico** (recurso eletrônico) métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2 ed. Novo Hamburgo: FEEVALE, 2013. Acesso em 20 de setembro de 2018. Disponível em: < <https://books.google.com.br/books> >.

REINALDO, Amanda Márcia dos Santos. Saúde mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. mar; 12 (1): 173 – 8, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452008000100027&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 18/09/2018

ROQUETE, Fátima Ferreira et al. Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde coletiva. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. Minas Gerais: UFMG, set/dez, 2012, p.463-474. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/245>. Acesso em: 15/09/2018.

SOUZA, Vinícius Rauber. Contrarreforma psiquiátrica: o modelo hospitalocêntrico nas Políticas Públicas em Saúde Mental no Rio Grande do Sul. **Dissertação de mestrado**, 2012. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/4703/1/438729.pdf>. Acesso em: 18/09/2018.